



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2-4 WEEKS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

유아기 (2-4주)

아동에 대해 부모가 작성함	아동의 이름	아기를 데리고 온 사람:	생년월일
	알레르기 문제	현재 복용하고 있는 약품	
	출생 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등		오늘 질문한 사항:
	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 잠을 잘 잡니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 잘먹고 잘 뺍니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 소리를 듣습니다.	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 제 얼굴을 쳐다봅니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 울 때 말을 해 주거나 안아 주면 일단 그칩니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 저는 자주 슬픈 기분이 들지는 않습니다.	

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE
---------------------------	--------------------------	----------------------

Review of systems Review of family history

Screening: N A

Hearing _____

Vision _____

Development: Circle area of concern

Adaptive/Cognitive	Language/Communication	
Gross Motor	Social/Emotional	Fine Motor

Behavior _____

Mental Health _____

Physical: N A

General appearance	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Eyes/Red Reflex	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oropharynx	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Extremities/Hips	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Describe abnormal findings and comments:

Diet _____

Elimination _____

Sleep _____

Review Immunization Record

Newborn Screen: (PKU)

Other: _____

Health Education: (Check all discussed/handouts given)

Family Planning Safety Sleeping on back

Development Crib Safety Shaken Baby Syndrome

Infant Bond Feeding/colic Fever

Passive Smoke No bottle in bed Child care

Appropriate Car Seat Maternal Depression

Other: _____

Assessment/Plan: _____

NEXT VISIT: 2 MONTHS OF AGE	IMMUNIZATIONS GIVEN
HEALTH PROVIDER SIGNATURE	REFERRALS
	HEALTH PROVIDER NAME
	HEALTH PROVIDER ADDRESS

INFANCY: 2-4 WEEKS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (2-4 weeks)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Hearing Screen

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus, or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, the Denver II, or other developmental screen.

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Regards face. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Lifts head while prone.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Moves extremities equally.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mother responds to infant cues. |

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or even one of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**

유아기 (2-4주)

아동에 대해 부모가 작성함	아동의 이름	아기를 데리고 온 사람:	생년월일
	알레르기 문제	현재 복용하고 있는 약품	
	출생 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등		오늘 질문한 사항:
	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 잠을 잘 잡니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 잘먹고 잘 뺍니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 소리를 듣습니다.	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 제 얼굴을 쳐다봅니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 울 때 말을 해 주거나 안아 주면 일단 그칩니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 저는 자주 슬픈 기분이 들지는 않습니다.	

체중 KG./OZ. 백분율	신장 CM/IN. 백분율	머리둘레 백분율	식사 _____ 배설(대/소변) _____ 수면 _____ <input type="checkbox"/> 예방접종 기록 검토 <input type="checkbox"/> 신생아 검진: (PKU) <input type="checkbox"/> 기탁: _____
----------------	---------------	----------	---

신체검사 가족병력검토

검사항목: 정상 비정상
 청력검사
 시력검사

발달 사항: 염려하는 부문에 동그라미로 표시하십시오.
 적응력/인식력 언어능력/의사소통
 대 운동근육(신경) 사회적/정서적 사항 소 운동근육(신경)

행동사항
 정신건강

신체: 정상 비정상 흉부 정상 비정상
 외모 흉부
 피부 폐
 머리/정수리 후천문 심장혈관/맥박
 눈/적색반사 증상 복부
 귀 생식기
 코 척추
 결절 수족(손발)/튼부
 목 신경
 관절

이상 건강에 대한 설명이나 의견:

다음 방문: 2개월	진찰자 성명
진찰자 서명	진찰자(진료원) 주소

2주 아동의 건강

성장 과도기

2주에서 2개월 사이의 아이 발육 범위들

아기를 안아 주면 부/모의 얼굴을 쳐다보고 부/모의 얼굴이 움직이는 데로 따라봅니다.

부/모의 음성에 귀를 기울입니다.

소리에 깜짝 놀라거나, 눈을 깜박이거나 혹은 울며 반응을 나타냅니다.

팔과 다리를 움직이고 엮드려 놓으면 고개를 들려고 합니다.

필요한 것이 있으면 칭얼거리거나 웁니다.

아기가 새로운 기술을 배우는 데 도움이 되도록 아이와 대화하고 놀아줍니다.

도움이나 상세한 정보를 원할 때

소아과 의사 찾기와 무료 혹은 저비용의 의료보험 찾기: Healthy Mothers, Healthy Babies 정보 및 의뢰 기관 전화 번호, 1-800-322-2588 (음성) 혹은 1-800-833-6388 (TTY 자막)

모유먹이기, 식품 및 건강 정보:

Women, Infant, Children (WIC) Program, call the Healthy Mothers, Healthy Babies 정보 및 의뢰 기관 전화 번호. (상기 번호 참조)

안전 카-시트: Safety Restraint Coalition, 1-800-BUCK-L-UP (음성) 혹은 1-800-833-6388 (TTY 자막)

양육기술과 지원 정보: 가족 헬프 전화번호, 1-800-932-HOPE (4673) Family Resources Northwest, 1-888-746-9568 지역 커뮤니티 칼리지 강좌

건강정보

아기가 배가 고픈 시기를 알아 내 아기가 울기 전에 먹이도록 하십시오. 아기가 칭얼거리거나 아기를 안아 주면 가슴 쪽으로 고개를 돌리면 배고고프다는 것을 알 수 있습니다.

모유는 아기에게 있어 생후 1년간 가장 좋은 식품입니다. 가능하다면 모유를 계속 먹이도록 하십시오.

우유를 먹인다면 먹이는 동안 아기를 안아서 먹이도록 하십시오. 이러한 시간은 아기와 엄마에게 필요합니다.

예방 접종은 12가지의 심각한 질병으로 보호할 수 있습니다. 시기에 맞게 모든 분량의 백신을 다 접종토록 하십시오.

영아 돌연사 증후군(SIDS) 발생을 줄일 수 있도록 아기를 재울 때는 **언제든지** 바로 눕혀 재우도록 하십시오. 너무 폭신평신한 이불을 사용하지 말고 침대 내에 봉제 인형 등을 두지 않도록 합니다.

감기를 앓고 있거나 기침을 하는 사람으로부터 아기를 멀리하십시오. 아기를 안거나 돌보는 사람들의 손을 자주 씻도록 합니다.

양육정보

부모의 사랑을 나타내십시오. 자주 아기에게 말을 하고 안아 주고 눈을 바라보고 속삭여 줌으로 사랑을 나타냅니다. 아기는 부모를 볼 수 있으며 들을 수 있습니다. 이러한 행동으로 아기는 이미 배우고 있습니다!

아기는 칭얼거림으로 혹은 울음으로 자기가 원하는 것을 표현하려고 합니다. 아기가 울면 달래 주십시오. 그냥 안아 준다고 해서 버릇이 없어지는 것은 아닙니다.

안전정보

아기의 카-시트는 항상 뒤로 보도록 하고 아기를 태우고, 카-시트는 차량 뒷좌석에 두고 에어백과의 거리를 멀리합니다.

아기를 **절대로** 흔들어서는 아니 됩니다. 아기를 흔들게 되면 심각한 두뇌 손상을 입힐 수 있습니다. 아기를 돌보는 모든 사람에게 아기를 흔들지 않도록 주의시키십시오.